

# Fordómar og geðræn vandamál: Samanburður á þremur löndum

Sigrún Ólafsdóttir  
*Boston University*

Jón Gunnar Bernburg  
*Háskóli Íslands*

**Útdráttur:** Rannsóknir hafa leitt í ljós að fordómar og neikvæð viðhorf í garð þeirra sem eiga við geðræn vandamál að stríða eru afar útbreidd, en slík viðhorf virðast skerða lífsgæði og batahorfur einstaklinga sem þjást af vandamálum af þessum toga. Í þessari grein notum við spurningalistakönnun til þess að meta umfang og orsakir neikvæðra fordóma meðal almennings í þremur löndum: Íslandi, Bandaríkjunum og Þýskalandi. Niðurstöður okkar staðfesta verulega útbreiðslu fordóma og neikvæðra viðhorfa í öllum þremur löndunum. Jafnframt kemur í ljós að fólk í öllum löndunum sýnir neikvæðari viðbrögð gagnvart einstaklingum sem eiga við geðrænt vandamál að stríða þegar það skilgreinir ástandið sem sjúkdóm. Loks benda niðurstöður til þess að fordómar og neikvæð viðhorf gagnvart þessum hópi hafi minni útbreiðslu á Íslandi og Þýskalandi en í Bandaríkjunum.

*Lykilorð:* Geðræn vandamál ■ fordómar ■ samanburðarrannsóknir  
Bandaríkin ■ Ísland ■ Þýskaland

**Abstract:** Research has shown that prejudice and negative attitudes toward those who are experiencing mental illness are widespread, but those attitudes reduce the quality of life and recovery of individuals experiencing such problems. In this article, we use a survey to evaluate the extent and causes of negative attitudes among the public in three countries: Iceland, the United States, and Germany. Our results indicate the existence of widespread prejudice and negative attitudes in all three countries. We also show that people across the three countries are more negative toward individuals experiencing mental illness if they define the condition as an illness. Finally, the results indicate that prejudice and negative attitudes toward this group are less common in Iceland and in Germany than in the United States.

*Keywords:* Mental health problems ■ stigma ■ comparative research  
Germany ■ Iceland ■ USA

## Inngangur

Fólk sem á við geðræn vandamál að stríða býr við annan félagslegan veruleika en aðrir. Erlendar rannsóknir hafa sýnt að fordómar, skömm og félagsleg útilokun eru oft hluti af daglegu lífi þessara einstaklinga (Angermeyer og Dietrich, 2005). Fordómar og neikvæð viðhorf gagnvart geðrænum vandamálum móta veruleika þeirra sem glíma við slík vandamál með margvíslegum hætti. Fordómar geta valdið mismunun, til að mynda á vinnumarkaði, auk þess sem neikvæðar hugmyndir almennings um geðræn vandamál, sem birtast til dæmis í fjölmiðlum (Link og Phelan, 2001; Thoits, 1985), geta haft slæm áhrif á sjálfsmynd þeirra sem við þau glíma. Þá getur ótti þeirra sem greinast með geðsjúkdóm við að upplifa höfnun og skömm orðið til þess að þeir dragi sig úr eðlilegri þátttöku í samfélaginu (Link o.fl., 1989). Fordómar bitna þannig á lífsgæðum einstaklingsins og fjölskyldu hans (Katching, 2000; Wahl, 1999) og geta dregið úr notkun á heilbrigðisþjónustu (Estroff, 1981; Markowitz, 2001).

Félagsfræðingar hafa löngum reynt að skilja eðli og afleiðingar fordóma. Sumir af mikilvægustu félagsfræðingum 20. aldar beindu sjónum sínum að geðrænum vandamálum og fordómum. Foucault (1965) skoðaði söguleg gögn frá sautjándu öld um það hvernig þeir sem áttu við geðræn vandamál að stríða voru álitnir minna virði en aðrir og Goffman (1961) skrifaði um *smán* (e. *stigma*) geðsjúkra. Goffman skilgreindi *smán* sem „einkenni, sem samkvæmt ráðandi félagslegum viðmiðum dregur mjög mikið úr virði manneskjunnar, skilgreinir hana sem óhreina og gefur öðrum leyfi til að niðurlægja hana“ (Goffman, 1961:3). Félagsfræðingar hafa nýlega leitast við að prófa líkön til að skilja eðli og afleiðingar fordóma og í auknum mæli reynt að prófa slík líkön í rannsóknum (Link og Phelan, 2001; Pescosolido o.fl., 2008).

Erlendar rannsóknir benda til þess að neikvæð viðhorf gagnvart geðrænum vandamálum hafi ekki verið á undanhaldi á síðastliðnum áratugum, þrátt fyrir aukna vitund almennings um að geðræn vandamál séu „raunveruleg“ og eigi sér oft líffræðilegar skýringar. Líklega kemur ekki á óvart að fordómar voru útbreiddir um miðja tuttugustu öld, til dæmis í Bandaríkjunum (Cumming og Cumming, 1957; Starr, 1955). Á þessum tíma var meðferð við geðrænum vandamálum oftast fólgin í útskúfun úr samfélaginu með vistun á stofnunum sem veittu ómannúðlega meðferð. Margt hefur breyst síðan á þessum tíma, til dæmis með aukinni umræðu og stefnumótun um að veita einstaklingum þjónustu utan stofnana. Líffræðilegum skýringum á geðrænum vandamálum hefur vaxið ásmegin, þar sem læknar, stefnumótendur og hagsmunasamtök hafa lagt æ meiri áherslu á að líta beri á geðræn vandamál sem sjúkdóma líkt og um líkamleg vandamál sé að ræða (Phelan, 2005; Schnittker, 2008). Margir hafa talið að sú breyting að líta á geðræn vandamál sem sjúkdóm fremur en einstaklingsbundið vandamál geti dregið úr fordómum, þar sem fólk hefur tilhneigingu til þess að líta svo á að einstaklingar geti ekki borið ábyrgð á því að veikjast af sjúkdómi. Rannsóknir frá ýmsum löndum benda þó til þess að sjúkdómsvæðing geðrænna vandamála hafi ekki dregið úr fordómum gagnvart þeim sem eiga við þau að etja (Angermeyer og Matschinger, 2005; Bag o.fl., 2006; Lauber o.fl., 2004; Pescosolido o.fl., 2010; Phelan, 2005; Schnittker, 2008).

Rannsakendur hafa oft lagt meiri áherslu á að skoða umfang fordóma og neikvæðra viðhorfa en á að finna skýringar á því hvaða þættir ýta undir slík viðhorf. Enn fremur hafa fáar rannsóknir beint sjónum að samanburði milli landa (Angermeyer og Dietrich, 2006), enda hafa samanburðarhæf gögn um fordóma og smán hingað til verið af skornum skammti. Í

Þessari grein notum við gögn úr alþjóðlegri samanburðarkönnun frá árinu 2006 á fordómum og smán (Stigma in Global Context – Mental Health Study, SGC-MHS). Í könnuninni, sem lögð var fyrir úrtak almennings í 18 þjóðlöndum, voru hugmyndir fólks um geðræn vandamál og viðhorf þess til einstaklinga sem eiga við geðræn vandamál að stríða skoðuð. Viðhorf þátttakenda voru fengin með því að biðja þá um að bregðast við persónulýsingu sem lesin var í upphafi könnunar. Hver svarandi fékk eina persónulýsingu, en mögulegt var að fá lýsingu á einstaklingi með einkenni geðklofa, þunglyndis eða astma. Astmalýsingin er notuð til samanburðar. Með þessu móti er hægt að skoða viðhorf svarenda í garð þeirra sem eiga við geðræn vandamál að etja, í samanburði við þá sem glíma við líkamlegt vandamál sem er ekki tengt neikvæðum viðhorfum. Erlendar rannsóknir hafa sýnt fram á mikilvægi þess að spyrja ekki beint um fordóma heldur nota persónulýsingar af þessu tagi (Link o.fl., 1999; Martin, Pescosolido og Tuch, 2000; Martin o.fl., 2007; Pescosolido o.fl., 2010; Phelan o.fl., 2000; Schnittker, 2008).

Markmið okkar er að meta fordóma og neikvæð viðhorf íslensks almennings gagnvart þeim sem eiga við geðræn vandamál að etja og skoða skýringarþætti þessara viðhorfa. Jafnframt munum við setja viðhorf Íslendinga í alþjóðlegt samhengi með því að bera þau saman við viðhorf almennings í Þýskalandi og Bandaríkjunum. Rannsóknir hafa sýnt fram á mikilvægi fjölmiðla í að skapa og endurspegla umræðu um geðræn vandamál. Til að mynda hafa rannsakendur haldið því fram að aukin tenging geðrænna vandamála og ofbeldis í bandarískum dagblöðum hafi, þegar litið er yfir þróunina frá miðri 20. öld og fram til loka hennar, leitt til aukinnar hræðslu í garð einstaklinga sem eiga við geðræn vandamál að stríða (Phelan o.fl., 2000). Sérlega áhugavert er að bera viðhorf á Íslandi saman við Bandaríkin og Þýskaland, vegna þess að þótt þessi lönd séu öll þróuð iðnríki hefur komið fram að fjölmiðlaumfjöllun um geðræn vandamál er ólík á milli þeirra, en umfjöllunin virðist vera neikvæðari í bandarískum fjölmiðlum en íslenskum eða þýskum (Sigrún Ólafsdóttir, 2007).

## Fræðileg umfjöllun

### Fordómar og smán

Skrif Goffmans (1961) um fordóma og smán hafa haft mikil áhrif á rannsóknir innan félagsvísinda. Fræðimenn hafa skoðað fordóma gagnvart margvíslegum hópum, til að mynda krabbameinssjúklingum (Fife og Wright, 2000), samkynhneigðum (Causey og Duran-Aydintug, 1998), afbrotamönnum (Jón Gunnar Bernburg og Krohn, 2003) og bótapegum (Page, 1984). Þá hefur stór hluti rannsókna á fordómum og smán einblínt á geðræn vandamál (Angermeyer og Matchinger, 1994; Pescosolido o.fl., 2008; Phelan o.fl., 2000).

Link og Phelan (2001:377) hafa fært rök fyrir því að „smán verði til þegar stimplun, staðalmyndir, aðskilnaður, stöðumissir og mismunum eigi sér stað samtímis í valdaaðstæðum sem gera það mögulegt“. Stimplun vísar til þess þegar menning samfélags flokkar fólk á grundvelli einkenna eða eiginleika sem talin eru skipta verulegu máli (Link og Phelan, 2001). Til að mynda er almennt ekki talið að kennitala einstaklinga segi mikið um eiginleika fólks en kynferði og kynþáttur eru hins vegar iðulega grundvöllur fyrir flokkun fólks og stöðu þess í samfélaginu (Fullilove, 1998; Gould, 1981). Þegar menningin tengir tiltekna stimplun við neikvæðar staðalmyndir og undirstrikar jafnframt aðskilnað á milli „okkar“ og „þeirra“ (Devine, Plant og Harrison, 1999; Morone, 1997) er hætta á að stimplun verði að smán.

Erlendar rannsóknir benda til þess að geðsýkisstimplun feli í sér sterka tengingu við neikvæðar staðalmyndir. Til að mynda hafa rannsóknir sýnt að fólk er líklegra til að telja þá sem glíma við geðræn vandamál hættulega en þá sem þjást af líkamlegum vandamálum. Þessi tenging á sér stað í hugum fólks jafnvel þótt það viti ekkert um tiltekinn einstakling annað en það að hann eða hún hafi átt við geðræn vandamál að stríða (Link og Phelan, 2001). Rannsóknir benda enn fremur til þess að geðsýkisstimplun feli í sér aðskilnað á milli „okkar“ og „þeirra“ (Devine o.fl.1999; Morone, 1997). Slíkur aðskilnaður auðveldar alhæfingar um alla sem tilheyra „þeim“, af því að þeir hafa einkenni sem geta ekki átt við um „okkur“. Þegar svona aðskilnaður nær mjög langt eru „hinir“ jafnvel álitnir á mörkum þess að vera mannlegir (Link og Phelan, 2001). Til að mynda hefur verið bent á að einstaklingar með geðklofa eru iðulega kallaðir „geðklofar“ en sama yrði seint sagt um fólk sem á við líkamleg vandamál að stríða; þá er frekar talað um einstaklinga með ákveðinn sjúkdóm (Estroff, 1989).

Stimplun, smán og aðskilnaður skapa hættu á stöðumissi og mismunun. Þegar það opinberast að einstaklingur á eða hefur átt við geðræn vandamál að stríða fær hann lægri virðingastöðu og hætta á mismunun skapast (Cohen, 1982; Link og Phelan, 2001). Mismunun getur átt sér stað með beinum og óbeinum hætti. Einstaklingur sem legið hefur á geðdeild getur átt það á hættu að vera hafnað af vinnuveitanda þegar hann útskýrir af hverju hann vann ekkert yfir 10 mánaða tímabil, en honum getur jafnframt verið mismunað með óbeinum hætti þegar hann fær verri þjónustu í heilbrigðiskerfinu vegna þess að hann á við geðrænt vandamál að stríða en ekki líkamlegt (Link og Phelan, 2001; Schulze og Angermeyer, 2002). Þá er hætta á því að fólk sem á við geðræn vandamál að stríða forðist ýmsar félagslegar aðstæður af ótta við að upplifa mismunun, höfnun og skömm (Link og Phelan, 2001; Thoits, 1985).

Rannsóknir hafa sýnt að almenningur hefur neikvæðari viðhorf gagnvart einstaklingum sem sýna einkenni þunglyndis eða geðklofa en einstaklingum sem eiga í minniháttar vandæðum (Martin o.fl., 2000) eða eiga við líkamleg vandamál að stríða (Pescosolido o.fl., 2008). Að auki hefur komið fram að þegar einstaklingar stimpla tiltekin einkenni sem geðrænt vandamál sýna þeir aukna fordóma (Martin o.fl., 2000).

*Tilgáta 1: Almennigur í löndunum þremur hefur neikvæðari viðhorf gagnvart einstaklingum sem glíma við geðræn vandamál (þunglyndi eða geðklofa) en þeim sem glíma við líkamlegt vandamál sem ekki tengist neikvæðum staðalmyndum (astma).*

## Læknisfræðileg nálgun og fordómar

Á sjötta áratugnum héldu fræðimenn sem aðhylltust stimplunarkenningar því fram að geðræn vandamál væru félagsleg sköpun og jafnvel goðsögn (Szasz, 1960), eða í það minnsta dæmi um að valdamiklir aðilar í samfélaginu væru í stöðu til að dæma hegðun þeirra valdaminni sem frábrugðna, óviðeigandi eða geðveika (Scheff, 1966). Um 15-20 árum síðar fóru félagsfræðingar að taka „raunveruleika“ vandamálsins alvarlega og fóru afstaða þeirra að líkjast afstöðu læknisfræðinnar, sérstaklega eftir að læknar fóru að skilgreina geðræn vandamál sem líkamleg vandamál (Kirk og Kutchins, 1996). Sérstaklega má nefna Walter Gove (1980) sem hélt því fram að geðræn vandamál væru raunveruleg veikindi og að stimplun og smán væru einfaldlega afleiðingar afbrigðilegrar hegðunar. Þegar búið væri að ná stjórn á hegðuninni myndi smánin hverfa. Í dag telja margir, bæði innan félagsfræði og læknisfræði, að geðræn vandamál geti verið bæði af líffræðilegum og samfélagslegum toga, en að þrátt fyrir að stjórn hafi verið náð á einkennunum hverfi fordómarnir ekki (Link og Phelan, 2001).

Samfara framförum í vísindum og læknisfræði hafa vestræn samfélög gengið í gegnum sjúkdómsvæðingu og genavæðingu. Þetta þýðir annars vegar að við skilgreinum mun meira af hegðun og tilfinningum sem sjúkdóm (Conrad og Schneider, 1992) og hins vegar að við álítum að gen geti skýrt margbreytileika í heilsufari og hegðun (Shostak, Conrad og Horwitz, 2008). Sumir hafa jafnvel gengið eins langt og Collins og félagar (1998:682) sem halda því fram að það að útskýra og skilja gen mannsins sé „mikilvægasta verkefnið í líffræði og læknisfræði“ og að *verkefnið um erfðamengi mannsins* (Human Genome Project) muni umbylta læknisfræði 21. aldarinnar með því að gefa okkur aðgang að erfðafræðilegum orsökum allra sjúkdóma (Collins og Mansoura, 2001). Þessi bjartsýni læknisfræðinnar hefur leitt til þess að félagsfræðingar hafa velt fyrir sér hvaða áhrif sjúkdómsvæðing og genavæðing hafi á fordóma. Vera kann að þegar ekki er lengur hægt að kenna einstaklingum um hegðun sína, vegna þess að þeir eru „veikir“, dragi úr fordómum gagnvart þeim. Rannsóknir hafa þó ekki stutt þessa hugmynd. Til dæmis komust Angermeyer og Matschinger (2005) að því að fólk sem aðhyllist líffræðilegar skýringar á geðrænum vandamálum er líklegra en aðrir til þess að hafa neikvæða fordóma gagnvart einstaklingum með geðræn vandamál. Þá hefur komið í ljós að þeir sem að telja að skýra megi geðræn vandamál með genum hafa auknar áhyggjur af því að einstaklingur með slík vandamál giftist inn í fjölskyldu þeirra og eignist börn (Phelan, 2005). Rannsóknir í ýmsum löndum hafa einnig sýnt fram á að þekking almennings hefur aukist og að almenningur er líklegri en áður til að álíta að skýra megi vandamálið með líffræðilegum skýringum. Engu að síður hafa fordómar ekki minnkað á þessu tímabili og í mörgum tilfellum aukist. Til að mynda voru Bandaríkjamenn mun líklegri til að álíta að geðræn vandamál orsökduðust af líffræðilegum þáttum árið 2006 en 1996, en neikvæð viðhorf stóðu í stað (Pescosolido o.fl., 2010; Schnittker, 2008). Svipaðar niðurstöður hafa fundist í Sviss (Lauber o.fl., 2004), Tyrklandi (Bag o.fl., 2005), Þýskalandi (Angermeyer og Matschinger, 2005) og Bretlandi (Mehta o.fl., 2009).

*Tilgáta 2: Fólk í löndunum þremur hefur neikvæðari viðhorf gagnvart einstaklingum með þunglyndi eða geðklofa ef það telur að ástandið stafi af geðsjúkdómi, sjúkdómi í heila eða genum.*

## Fordómar og samanburður þjóða

Fáar rannsóknir hafa varpað ljósi á það hvernig skýra megi umfang og eðli fordóma í samfélaginu. Pescosolido og samstarfsmenn hennar (2008) hafa lagt áherslu á þátt fjölmiðla í að móta viðhorf almennings og jafnframt bent á að þar megi leita skýringa á mun á viðhorfum milli landa. Rannsóknir hafa leitt í ljós að sú staðalmynd er iðulega dregin upp í fjölmiðlum að fólk sem á við geðræn vandamál að stríða sé hættulegt, óútreiknanlegt og vanhæft (Diefenbach, 1997; Signorielli, 1989). Þá sýndu Angermeyer og Matschinger (1996) fram á það að ef þekktur einstaklingur varð fyrir árás einstaklings sem sagður var eiga við geðræn vandamál að stríða jukust fordómar gagnvart geðrænum vandamálum í kjölfarið.

Tilhneiging fjölmiðla til að draga upp neikvæðar staðalmyndir af einstaklingum með geðræn vandamál er ólík milli landa. Sigrún Ólafsdóttir (2010) gerði samanburð á íslenskum, bandarískum og þýskum dagblöðum og komst að því að neikvæðar staðalmyndir eru oftast dregnar upp í dagblöðum í Bandaríkjunum en hinum löndunum tveimur. Algengara var í bandarískum dagblöðum að fjallað væri um þá hættu sem öðrum stafar af þeim sem eiga við geðræn vandamál að stríða. Jafnframt kom fram að umfjöllun um orsakir geðrænna vanda-

mála er ólík á milli þessara landa. Í bandarískum dagblöðum er oft fjallað um geðræn vandamál sem einstaklingsbundin vandamál. Aftur á móti eru íslensk dagblöð líklegri til að ræða geðræna erfiðleika sem samfélagslegt vandamál. Þá er dagblaðaumfjöllun í Þýskalandi oft tiltölulega hlutlaus þegar fjallað er um geðræn vandamál. Leiða má að því líkum að viðhorfin til geðrænna vandamála séu neikvæðust þar sem umfjöllunin er þess eðlis að einstaklingarnir sem við þau glíma eigi sjálfir sök á ástandi sínu.

*Tilgáta 3: Viðhorf gagnvart einstaklingum með þunglyndi og geðklofa eru neikvæðari í Bandaríkjunum en á Íslandi og í Þýskalandi.*

## Áhrif bakgrunnseinkenna á fordóma og neikvæð viðhorf

Þrátt fyrir að áhersla okkar sé á mun á milli landa og áhrif læknisfræðilegra skýringa á viðhorf hafa fyrri rannsóknir sýnt að mikilvægt er að stjórna fyrir bakgrunnseinkennum þess sem svarar og þess sem er lýst. Link og Phelan (2001) benda á að vald móti þau ferli sem mynda fordóma og smán. Rannsóknir hafa verið misvísandi varðandi áhrif bakgrunnseinkenna, en svo virðist sem einkenni bæði þeirra sem dæma og þeirra sem eru dæmdir skipti að minnsta kosti einhverju máli (Martin o.fl., 2000). Talið er að einstaklingar sem tilheyra hópum sem eru í litlum metum í samfélaginu séu líklegri til að fá á sig neikvæðan dóm frá öðrum (Martin o.fl., 2000; Scheff, 1966). Þannig eru einstaklingar sem tilheyra félagslegum minnihluta oft dæmdir harðar en aðrir (Schnittker, 2000). Þá hafa rannsóknir sýnt að fólk hefur oft minni fordóma gagnvart konum en körlum (Martin o.fl., 2007).

Rannsóknir hafa sýnt að yngri einstaklingar hafa minni fordóma en þeir sem eldri eru (Fosu, 1995). Einnig hafa konur oft og tíðum minni fordóma en karlar (Martin o.fl., 2000; Martin o.fl., 2007; Schnittker, 2000) og þá minnka fordómar fólks eftir því sem menntunarstig þess hækkar (Bhugra, 1989). Þess ber þó að geta að rannsóknir hafa sýnt mun minni áhrif bakgrunnseinkenna á fordóma en búast mætti við, en almennt skýra hugmyndir einstaklinga um geðræn vandamál, eðli þeirra og orsakir mun meira af fordómum en bakgrunnseinkenni (Martin o.fl., 2000; Martin o.fl., 2007; Sigrún Ólafsdóttir og Pescosolido, 2009). Þótt við búumst ekki við miklum áhrifum bakgrunnseinkenna er engu að síður mikilvægt að stjórna fyrir áhrifum þeirra.

## Aðferð og gögn

Spurningalistakönnun var lögð fyrir líkindaúrtak fullorðinna Íslendinga (18 ára og eldri) á tímabilinu frá ágúst 2006 til janúar 2007. Um er að ræða heimsóknarkönnun sem þýðir að sérþjálfaðir spyrjar heimsóttu alla þátttakendur og tóku við þá stöðluð viðtöl. Úrtakið var valið með klasaaðferð eins og iðulega er gert í viðtalsrannsóknum þar sem spyrjar þurfa að heim-sækja þátttakendur. Á höfuðborgarsvæðinu var þó einfalt tilviljunarúrtak valið úr þjóðskrá, en 12 klasar voru valdir af handahófi sem fulltrúar fyrir svæði utan höfuðborgarsvæðisins. Handahófsval á klösunum grundvallaðist á stærð og staðsetningu byggðarkjarna. Skipting milli höfuðborgarsvæðisins og annarra svæða var höfð hlutfallslega rétt miðað við fjölda í þýði (ekki þarf að veða niðurstöður). Endanlegur fjöldi svarenda var 1030 og var svarhlutfallið í könnuninni því um 71%. Um 52% svarenda voru konur (hlutfallslegur fjöldi kvenna í heildarmannfjölda 18 ára og eldri á Íslandi árið 2006 var um 50%). Endanlegur fjöldi svarenda í Þýskalandi var 1255 (63% svarhlutfall) og 1425 í Bandaríkjunum (67% svar-

hlutfall). Þegar gögnin eru takmörkuð við þá þátttakendur sem eru með gild svör á öllum frum- og fylgibreytum er fjöldi svarenda á Íslandi 847, samanborið við 991 í Þýskalandi og 1229 í Bandaríkjunum. Alls voru um það bil 12% svarenda á Íslandi með ógild svör, 10% í Þýskalandi og 7% í Bandaríkjunum. Aðeins er unnið með gögn frá svarendum sem hafa gild svör við þeim spurningum sem unnið er með hér. Hlutfall ógildra svara er tiltölulega lágt í þessum gögnum og því er lítil hættá á alvarlegri bjögun niðurstaðna (Allison, 2009).

Til að tryggja sambærileika milli landa var farið í samstarf við rannsóknarteymi sem sér um gagnasöfnun fyrir *The International Social Survey Programme (ISSP)* í hverju þátttökulandi. Könnun okkar er ekki hluti af ISSP, en samstarf við þá stofnun tryggir gæði gagnanna og hjálpaði til við að velja rannsóknarstofnun í hverju landi sem sá um gagnaöflun.

## Persónulýsingar

Könnunin fór þannig fram að í upphafi fékk hver þátttakandi af handahófi eina af þremur persónulýsingum. Rannsóknir hafa sýnt fram á mikilvægi þess að nota slíkar lýsingar frekar en að spyrja beint um fordóma, þar sem almenningur í þróuðum iðnríkjum hefur lært hvernig viðhorf eru ásættanleg og veit að ekki er við hæfi að vera með fordóma gagnvart geðrænum vandamálum. Þriðjungur þátttakenda fékk persónulýsingu á einstaklingi með geðklofaeinkenni (Persónulýsing A), annar þriðjungur fékk lýsingu á einstaklingi með þunglyndiseinkenni (Persónulýsing B) og síðasti þriðjungurinn fékk lýsingu á einstaklingi með astmaeinkenni (Persónulýsing C; samanburðarhópur). Mikilvægt er að nota samanburðarhóp, en rannsóknir hafa sýnt að sumir einstaklingar eru neikvæðir í garð annarra án þess að nokkrum einkennum sé lýst (Martin o.fl. 2007).

Rannsóknarteymi með fulltrúa frá hverju þátttökulandi valdi að nota astma til samanburðar, þar sem það er líkamlegur sjúkdómur sem ólíklegt er að svarendur í nokkru landanna hafi neikvæð viðhorf gagnvart. Ekki kemur fram í lýsingunum hvort um greindan sjúkdóm sé að ræða. Persónulýsingarnar má finna í viðauka 1. Þegar þátttakendur höfðu fengið að heyra persónulýsinguna fengu þeir spurningar um viðbrögð og viðhorf þeirra gagnvart hinum tilbúna einstaklingi, til að mynda um hvert þeir töldu vera eðli vandamálsins, hvernig bæri að bregðast við, hvort þeir vildu búa við hliðina á viðkomandi og svo framvegis. Að sjálfsögðu er erfitt að mæla neikvæð viðhorf nákvæmlega eins og þau birtast í samfélaginu, en þessi tækni hefur marga kosti fram yfir aðrar aðferðir sem mæla neikvæð viðhorf. Í fyrsta lagi er skýrt hvaða sjúkdóm einkennin eiga við, enda er ekki verið að vísa til geðrænna vandamála almennt heldur sértækra einkenna sem tengjast ákveðinni sjúkdómsgreiningu. Í öðru lagi er einstaklingnum lýst án þess að hann sé greindur með nafngreindan sjúkdóm, sem er nær þeim veruleika sem mætir almenningi í samfélaginu. Í þriðja lagi gerir þessi aðgerð okkur kleift að mæla þekkingu svarenda á einkennunum og jafnframt hvernig þeir stimpla þau. Þar með er unnt að meta áhrif bæði einkenna og stimulunar á neikvæð viðhorf gagnvart einstaklingnum í persónulýsingu.

## Mælingar: Háðar breytur

Við mælum fjórar víddir neikvæðra viðhorfa: hefðbundna fordóma, neikvæðar tilfinningar, félagslega fjarlægð og ógn/hættu (Martin o.fl., 2000). Hefðbundnir fordómar eru mældir með fjórum spurningum: hvort svarandi telji einstaklinginn óútreiknanlegan, ekki eins gáfaða/n og aðra, ekki eins duglega/n og aðra og hvort hann telji að ekki sé hægt að treysta honum (Ísland

α: ,60; Þýskaland α: ,71; Bandaríkin α: ,71). Svarmöguleikarnir eru mjög sammála, frekar sammála, frekar ósammála og mjög ósammála. Neikvæðar tilfinningar eru mældar með þremur spurningum: hvort svarandi telji að það sé óþægilegt að tala við einstaklinginn, erfitt að tala við hann og hvort honum yrði órótt af að umgangast hann (Ísland α: ,73; Þýskaland α: ,76; Bandaríkin α: ,77). Svarmöguleikarnir eru þeir sömu og fyrir hefðbundna fordóma. Félagsleg fjarlægð er mæld með sex spurningum: hvort svarandi sé fús eða ófús til að vera nágrenni einstaklingsins, hvort hann sé fús eða ófús til að verja tíma með honum, hvort hann telji einstaklinginn hæfan eða óhæfan til að annast börn, hvort hann sé fús til að vera vinur hans eða vinkona, hvort hann sé fús til vinna náíð með honum og hvort hann líti það jákvæðum eða neikvæðum augum að einstaklingurinn giftist inn í fjölskyldu hans eða hennar (Ísland α: ,84; Þýskaland α: ,86; Bandaríkin α: ,85). Svarmöguleikarnir eru mjög ófús, frekar ófús, frekar fús og mjög fús. Hætta/ótti er mæld með spurningu um hvort svarandi telji líklegt að einstaklingur í lýsingu beiti aðra ofbeldi. Svarmöguleikarnir eru mjög líklegt, frekar líklegt, ekki mjög líklegt og alls ekki líklegt.

### Mælingar: Óháðar breytur

Til að meta áhrif persónulýsinganna eru tvær tvíkostabreytur notaðar, önnur fyrir lýsinguna af þunglyndiseinkennum og hin fyrir lýsinguna af geðklofaeinkennum. Lýsingin af astmaeinkennum er notuð til samanburðar.

Þrjár spurningar voru notaðar til að mæla hugmyndir viðmælenda um einkenni og orsakir „ástandsins“. Í fyrsta lagi voru þeir spurðir hvort þeir teldu líklegt að um geðrænt vandamál væri að ræða. Í öðru lagi voru þeir spurðir um það hversu líklegt þeir teldu að um sjúkdóm í heila væri að ræða. Loks voru þeir spurðir um hvort þeir teldu líklegt að um genetískt vandamál væri að ræða. Allar spurningarnar höfðu fjóra svarmöguleika: mjög líklegt (4), frekar líklegt, ekki mjög líklegt og alls ekki líklegt (1).

Bakgrunnseinkenni einstaklingsins í lýsingunni eru jafnframt mæld. Tilviljun réð því hvort viðmælendur fengu lýsingu á karlmanni eða konu og hvort þeir fengu lýsingu á einstaklingi sem tilheyrði meirihluta- eða minnihlutahópi (á Íslandi: Íslendingur/Tælendingur; í Þýskalandi: Þjóðverji/Tyrki; í Bandaríkjunum: hvítur /svartur). Við notum tvíkostabreytur til að mæla kyn (1=kona, 0=karl) og minnihlutahóp (1= Tælendingur, 0=Íslendingur).

Við notum sex mælingar á bakgrunnseinkennum svarenda. Aldur er mældur í árum. Við notum tvíkostabreytur til að mæla kyn (1=kona, 0=karl), hjúskaparstöðu (1=giftur, 0=ógiftur) og menntun (1=háskólapróf, 0=ekki með háskólapróf). Að lokum mæla tvær tvíkostabreytur stöðu á vinnumarkaði, annars vegar hvort viðmælandi er í fullri vinnu (1=full vinna) og hins vegar hvort hann er í hlutastarfi (1=hlutastarf). Viðmælendur sem ekki eru á vinnumarkaði eru notaðir til samanburðar.

## Niðurstöður

### Hefur almenningur fordóma og neikvæð viðhorf gagnvart einstaklingum sem glíma við geðræn vandamál?

Í töflu 1 er skoðað hvort almenningur hafí neikvæðari viðhorf gagnvart einstaklingum með þunglyndis- eða geðklofaeinkenni en einstaklingum með astmaeinkenni (tilgáta 1). Eins og



fram hefur komið notum við samsettar mælingar fyrir hefðbundna fordóma, neikvæðar tilfinningar og félagslega fjarlægð og því er við hæfi að nota línulega aðhvarfsgreiningu (líkön 1-3). Aftur á móti er ógn mæld með einum raðkvarða sem kallar á notkun raðbreytuaðhvarfs (e. *ordered logit regression*; líkän 4). Áhrifastuðlarnir sem birtir eru í líkönum 1-3 gefa til kynna áhrif persónulýsinganna (geðklofa- eða þunglyndiseinkenni samanborið við astmaeinkenni) á neikvæðu viðhorfin. Nánar tiltekið sýna stuðlarnir mun á meðalgildum svarenda sem fengu

**Tafla 1.** Aðhvarfsgreining fyrir áhrif persónulýsinganna á neikvæð viðhorf (hefðbundna fordóma, neikvæðar tilfinningar, félagslega fjarlægð og ógn)

	Bandaríkin	Ísland	Þýskaland
<i>Líkan 1<sup>a</sup></i>			
<i>Hefðbundnir fordómar</i>			
Þunglyndi	0,95**	0,76**	0,89**
Geðklofi	<b>1,62**</b>	1,04**	1,08**
<i>Líkan 2<sup>a</sup></i>			
<i>Neikvæðar tilfinningar</i>			
Þunglyndi	0,79**	0,36*	<u>0,88**</u>
Geðklofi	<b>1,32**</b>	0,73**	0,85**
<i>Líkan 3<sup>a</sup></i>			
<i>Félagsleg fjarlægð</i>			
Þunglyndi	1,93**	0,82*	1,34**
Geðklofi	<b>3,51**</b>	1,81**	2,40**
<i>Líkan 4<sup>b</sup></i>			
<i>Ógn</i>			
Þunglyndi	2,66**	1,24	<u>2,06**</u>
Geðklofi	<b>7,04**</b>	2,87**	2,52**

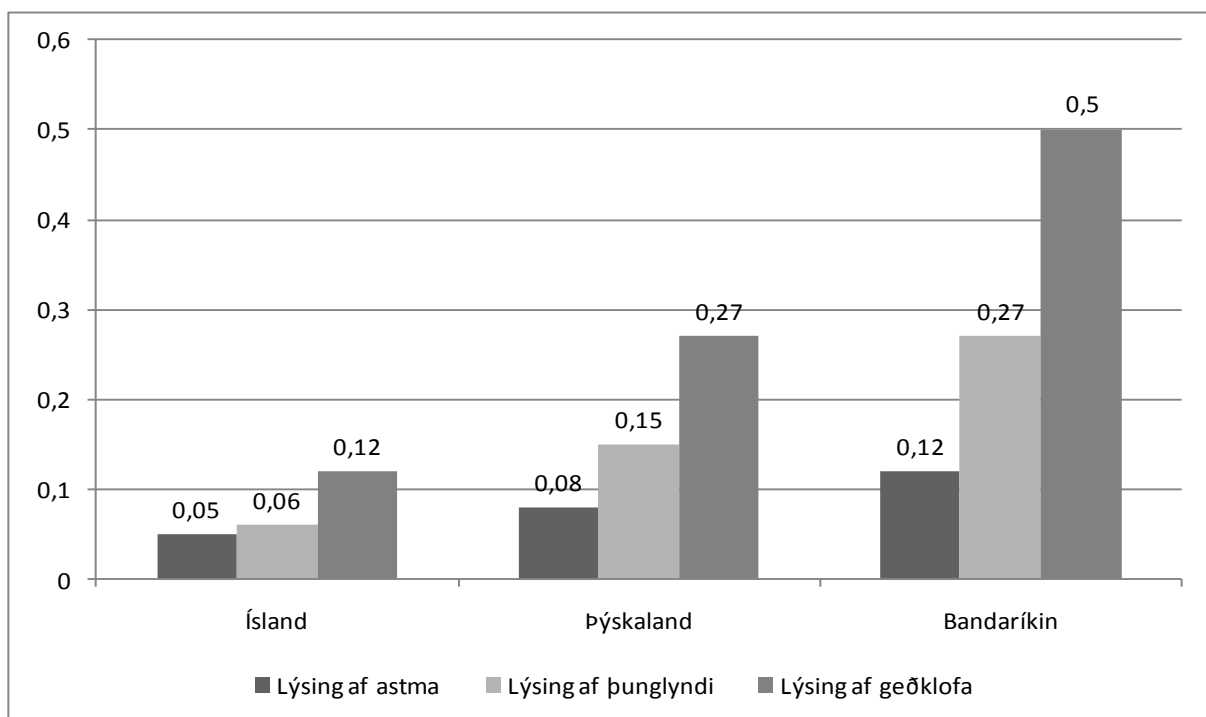
*Skýringar:* a Línulegt aðhvarf (ordinary least squares regression). Óstaðlaðar hallatölur eru birtar í töflu. b Raðbreytuaðhvarf (ordered logit regression). Hlutföll líkindatalna (odds ratios) eru birt í töflu.

\*p < 0,05; \*\* p < 0,01 (tvíhliðapróf)

Skáletraðar tölur merkja að marktækur munur er á áhrifastuðli Bandaríkjanna og Íslands (p < 0,05; tvíhliðapróf). Feitletraðar tölur merkja að marktækur munur er á áhrifastuðlum Bandaríkjanna annars vegar og beggja hinna landanna hins vegar. Undirstrikaðar tölur merkja að marktækur munur er á áhrifastuðlum Íslands og Þýskalands.

lýsingu á einstaklingi með geðrænt vandamál (þunglyndi eða geðklofa) og svarenda sem fengu lýsingu á einstaklingi með astmaeinkenni. Hlutfallstölurnar (odds ratios) í líkani 4 segja til um hvort lýsing á geðrænu vandamáli auki líkindi þess að telja einstaklinginn í persónulýsingu hættulegan (í samanburði við svör þeirra sem fengu lýsingu á astmaeinkennum). Í jöfnunum er hugmyndum svarenda um læknisfræðilegar skýringar stjórnað, en um þær niðurstöður er fjallað í töflu 2. Auk þess er bakgrunnseinkennum svaranda stjórnað (töflur með heildarniðurstöðum má finna í viðauka 2).

Niðurstöður í töflu 1 sýna að geðklofaeinkenni kalla á neikvæðari viðhorf en þunglyndiseinkenni, en þetta sést á því að geðklofaeinkennin kalla á fleiri stig á háðu breytunum en þunglyndiseinkenni (sá munur er tölfræðilega marktækur í nær öllum tilfellum). Enn fremur styðja niðurstöður í töflu 1 tilgátu okkar þar sem svarendur í öllum löndunum þremur hafa marktækt neikvæðari viðhorf gagnvart einstaklingi með þunglyndis- eða geðklofaeinkenni en gagnvart einstaklingi með astmaeinkenni. Þetta á við um hefðbundna fordóma, neikvæðar tilfinningar, félagslega fjarlægð og hvort ógn stafi af einstaklingnum. Til dæmis kemur fram í líkani 1 að íslenskir svarendur sem fengu lýsingu á einstaklingi með geðklofaeinkenni fá að meðaltali 1,04 herra á mælingunni fyrir hefðbundna fordóma en íslenskir svarendur sem fengu lýsingu á einstaklingi með astmaeinkenni og er sá munur tölfræðilega marktækur. Svipaða sögu má segja af öðrum niðurstöðum í töflunni; svarendur sem fá lýsingu á einstaklingi með þunglyndis- eða geðklofaeinkenni hafa marktækt fleiri stig á breytum sem mæla neikvæð viðhorf, það er, þeir hafa neikvæðari tilfinningar (líkan 2), vilja meiri félagslega fjarlægð (líkan 3) og eru líklegri til að telja einstaklinginn hættulegan (líkan 4). Sú undantekning kemur fram að íslensku svarendarnir eru ekki marktækt líklegri til að telja að ógn stafi af einstaklingi með þunglyndiseinkenni en einstaklingi með astmaeinkenni.



**Mynd 1.** Áhrif persónulýsinganna á ógn: Myndin sýnir líkindi þess að svarandi telji að einstaklingur í persónulýsingu sé líklegur til að beita ofbeldi (útreikningar eru byggðir á líkani 4 í töflu 1; allar stjórnbreytur fá meðalgildi í útreikningum).

Ekki er hægt að túlka áhrifastuðlana úr raðbreytuaðhvarfi á sama hátt og gert er í línulegri aðhvarfsgreiningu og því höfum við reiknað forspárlíkindi (e. *predicted probabilities*) á grundvelli niðurstaðna úr líkani 4. Niðurstöður úr þessum útreikningum eru birtar á mynd 1 sem sýnir líkindi þess að svarandi telji einstaklinginn í persónulýsingu hættulegan öðrum (þ.e. líkindi þess að svarandi telji mjög eða frekar líklegt að einstaklingurinn beiti aðra ofbeldi). Þessar niðurstöður sýna vel áhrif persónulýsinganna á þetta tiltekna viðhorf.

Á Íslandi eru um 5 til 6% líkur á því að svarandi telji einstakling með astma- eða þunglyndiseinkenni vera hættulegan en um 13% líkur á því að svarandi telji einstakling með geðklofaeinkenni vera hættulegan. Sambærilegar tölur eru nokkuð hærri í Þýskalandi, en þar kemur enn fremur í ljós að fleiri telja einstakling með þunglyndiseinkenni vera hættulegan (15% líkur) en einstakling með astmaeinkenni (8% líkur). Aftur telja flestir að einstaklingur með geðklofaeinkenni sé hættulegur (18% líkur). Loks sýna niðurstöður á mynd 1 verulegan mun á milli Bandaríkjanna og hinna landanna tveggja. Sú hugmynd virðist vera afar útbreidd í Bandaríkjunum að einstaklingar með geðræn vandamál séu hættulegir. Um 12% líkur eru á því að svarandi í Bandaríkjunum telji einstakling með astmaeinkenni vera hættulegan. Bandarískir svarendur eru aftur á móti mun líklegri til að telja einstakling með geðræn vandamál vera hættulegan, en líkindi þess eru 27% fyrir þunglyndiseinkenni og 50% fyrir geðklofaeinkenni. Svo virðist sem bandarískur almenningur tengi saman geðræn vandamál, sérstaklega geðklofa, og ofbeldishegðun í mun ríkari mæli en almenningur í hinum löndunum tveimur. Nánar verður fjallað um samanburðinn milli landa hér á eftir.

### **Tengjast hugmyndir almennings um læknisfræðilegar skýringar neikvæðum viðhorfum?**

Næst skoðum við hvort fólk í löndunum þremur hafi neikvæðari viðhorf gagnvart einstaklingum með þunglyndi eða geðklofa ef það telur ástandið eiga sér læknisfræðilega skýringu, það er að segja ef svarandi telur ástandið stafa af geðsjúkdómi, sjúkdómi í heila eða genum (tilgáta 2). Þessi tilgáta er prófuð í töflu 2 sem sýnir niðurstöður úr aðhvarfsgreiningu þar sem áhrif læknisfræðilegra skýringa á neikvæðu viðhorfin eru metin. Rétt er að ítreka að niðurstöður í töflu 2 eru fengnar eftir að stjórnað hefur verið fyrir bæði bakgrunnseinkennum og persónulýsingum (sjá viðauka 2).

Niðurstöður í töflu 2 styðja tilgátu okkar að verulegu leyti. Í öllum löndunum kemur fram að þeir sem telja ástand einstaklings í persónulýsingu stafa af geðsjúkdómi hafa neikvæðari viðhorf, að teknu tilliti til þeirra einkenna sem lýst er (þ.e. burtséð frá því hvort einstaklingi er lýst með þunglyndis-, geðklofa- eða astmaeinkenni). Þetta samband kemur fram fyrir mælingarnar á hefðbundnum fordómum (líkan 1), neikvæðar tilfinningar (líkan 2) og félagslega fjarlægð (líkan 3) og ógn (4) og er tölfræðilega marktækt í nær öllum tilfellum. Á sama hátt kemur fram í flestum tilfellum að svarendur sem telja að ástandið stafi af sjúkdómi í heila hafa marktækt neikvæðari viðhorf til einstaklingsins sem lýst er, en þau áhrif eru sterkust í Þýskalandi (þess má geta að áhrifin eru marktækt sterkari í Þýskalandi en í hinum löndunum tveimur). Hugmyndir svarenda um genetískar skýringar tengjast þó ekki neikvæðum viðhorfum. Reyndar kemur fram í Bandaríkjunum, þvert á tilgátu okkar, að svarendur sem telja að ástandið orsakist af genetísku vandamáli vilja minni félagslega fjarlægð en aðrir.

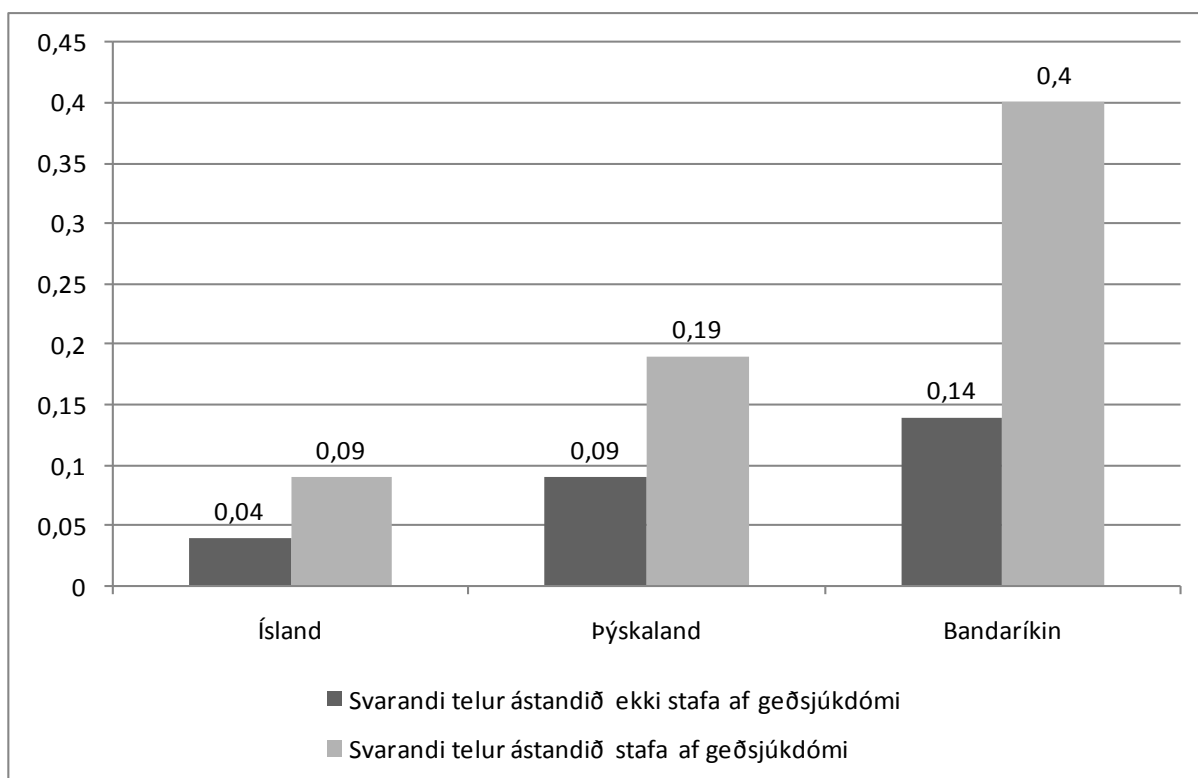
**Tafla 2.** Aðhvarfsgreining fyrir áhrif læknisfræðilegra skýringa á neikvæð viðhorf (hefðbundna fordóma, neikvæðar tilfinningar, félagslega fjarlægð og ógn)

	<b>Bandaríkin</b>	<b>Ísland</b>	<b>Þýskaland</b>
<i>Líkan 1<sup>a</sup></i>			
<i>Hefðbundir fordómar</i>			
Geðsjúkdómur	0,46**	0,46**	0,15
Sjúkdómur í heila	0,14*	0,15	0,56**
Genetískt vandamál	-0,11	0,05	0,04
<i>Líkan 2<sup>a</sup></i>			
<i>Neikvæðar tilfinningar</i>			
Geðsjúkdómur	0,36**	0,23**	0,16*
Sjúkdómur í heila	0,08	0,16*	0,37**
Genetískt vandamál	-0,03	0,10	-0,01
<i>Líkan 3<sup>a</sup></i>			
<i>Félagsleg fjarlægð</i>			
Geðsjúkdómur	0,81**	0,80**	0,54**
Sjúkdómur í heila	0,08	0,39*	0,89**
Genetískt vandamál	-0,32*	-0,24	-0,08
<i>Líkan 4<sup>b</sup></i>			
<i>Ógn</i>			
Geðsjúkdómur	1,60**	1,38**	1,33**
Sjúkdómur í heila	1,23*	1,38**	1,78**
Genetískt vandamál	1,10	1,01	1,00

Skýringar: <sup>a</sup> Línulegt aðhvarf (ordinary least squares regression). Óstaðlaðar hallatölur eru birtar í töflu. <sup>b</sup> Raðbreytuaðhvarf (ordered logit regression). Hlutföll líkindatalna (odds ratios) eru birt í töflu.

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$  (tvíhliðapróf)

Eins og áður höfum við reiknað forspárlíkindi (e. *predicted probabilities*) til að útskýra betur niðurstöður úr líkani 4, en það líkan metur tengsl læknisfræðilegra skýringa við þá hugmynd að einstaklingur í persónulýsingu sé hættulegur öðrum. Til að gefa skýra mynd af mynstrinu einblínum við hér aðeins á þá svarendur sem fengu lýsingu á einstaklingi með þunglyndiseinkenni (svipaðar niðurstöður fást fyrir svarendur sem fengu geðklofalýsinguna).



**Mynd 2.** Áhrif þess á ógn að telja þunglyndisástandið stafa af geðsjúkdómi: Myndin sýnir líkindi þess að svarandi telji að einstaklingur með þunglyndiseinkenni sé líklegur til að beita ofbeldi (stjórnbreytur fá meðalgildi í útreikningum).

Útreikningar eru birtir á myndum 2 og 3 sem sýna líkindi þess að svarandi telji mjög eða frekar líklegt að einstaklingurinn beiti aðra ofbeldi. Þessar niðurstöður sýna vel hvernig svarandur sem aðhyllast læknisfræðilegar skýringar eru mun líklegri til þess að telja þunglyndan einstakling vera hættulegan öðrum. Til skýringar kemur fram á mynd 2 að líkindi þess að svarandi í Bandaríkjunum telji þunglyndan einstakling vera hættulegan eru um 14% ef hann telur ástandið ekki stafa af geðsjúkdómi en líkurnar eru mun hærri, um 40%, ef hann telur að um geðsjúkdóm sé að ræða.

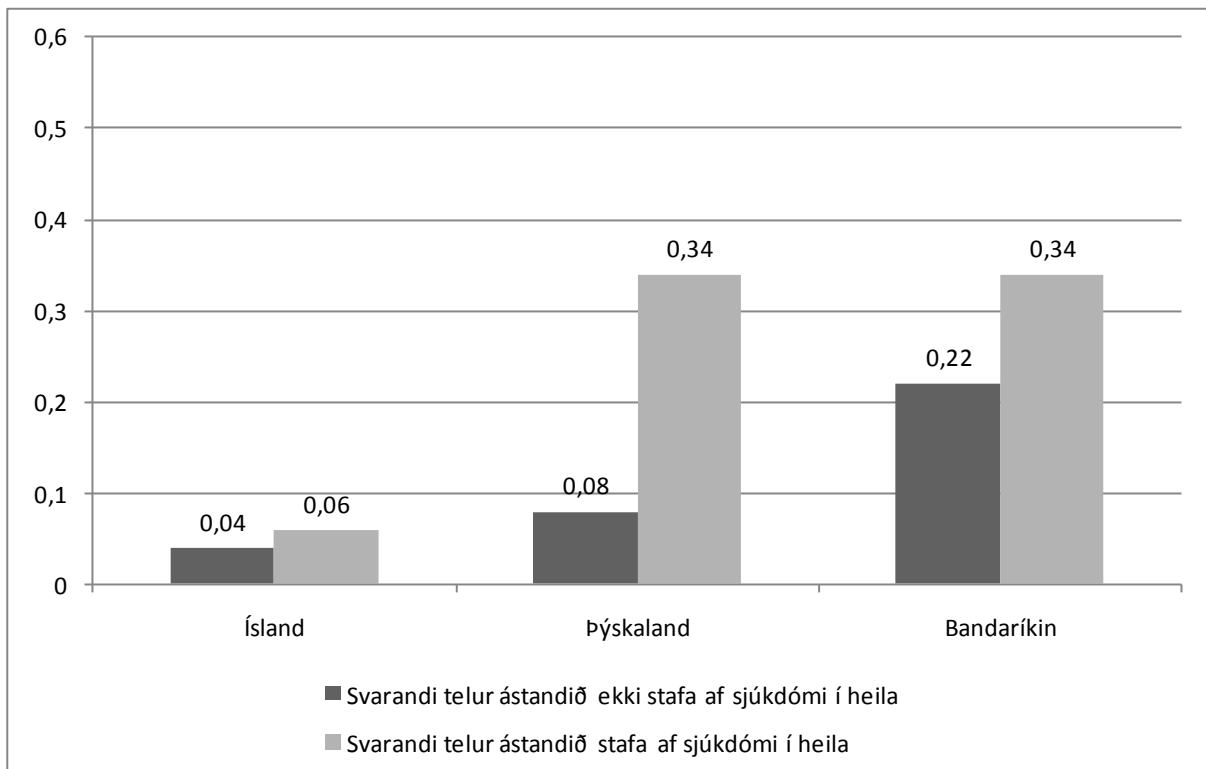
### Samanburður milli landa

Við höfum sett fram þá tilgátu að viðhorf til geðrænna vandamála ættu að vera neikvæðari í Bandaríkjunum en í hinum löndunum tveimur (tilgáta 3). Við prófum þessa tilgátu með því að meta samvirkniáhrif (e. interaction effects) sem metur hvort áhrif geðrænu einkennanna (þ.e. miðað við astmahópinn) á neikvæð viðhorf séu marktækt ólík milli landa.

Niðurstöður fyrir samvirkniáhrifin eru birtar í töflu 1 (með ská- og feitleturðum tölum) og segja til um hvort marktækur munur sé á neikvæðum viðhorfum milli landa, að teknu tilliti til samanburðarhópsins (astmahópsins), læknisfræðilegra skýringa og persónueinkenna svarenda. Niðurstöðurnar styðja tilgátu okkar að verulegu leyti, en þær benda til þess að neikvæð viðhorf til einstaklinga með geðklofa séu neikvæðari í Bandaríkjunum en í hinum löndunum tveim. Til skýringar sýna niðurstöður fyrir hefðbundna fordóma (líkan 1) að í Bandaríkjunum kallar geðklofalýsingin á um 1,6 fleiri stig en astmalýsingin, en í hinum löndunum tveimur er munurinn minni, rúmlega 1,0 (1,04 á Íslandi og 1,08 í Þýskalandi).

Svipaða sögu er að segja af neikvæðum tilfinningum, félagslegri fjarlægð og ógn: viðhorfin gagnvart geðklofahópnum eru marktækt neikvæðari í Bandaríkjunum en í hinum löndunum. Reyndar vekur athygli hve svarendur í Bandaríkjunum hafa sterka tilhneigingu til þess að telja einstakling með geðklofaeinkenni hættulegan öðrum. Eins og áður er sagt sýnir mynd 1 að sú tilhneiging er mun sterkari í Bandaríkjunum en í hinum löndunum.

Niðurstöður fyrir þunglyndiseinkennin eru ekki eins skýrar, en þær sýna engu að síður merkjanlegan mun milli landa. Niðurstöður fyrir hefðbundna fordóma sýna að vísu engan marktækan mun milli landa; þunglyndiseinkenni kalla á fleiri stig en astmaeinkenni, en sú tilhneiging er svipuð í löndunum þremur. Aftur á móti sýna líkön 2, 3 og 4 að neikvæð viðbrögð við þunglyndiseinkennum eru einna mildust á Íslandi. Niðurstöður úr líkani 2 sýna að þótt svarendur í öllum löndunum hafi tilhneigingu til að hafa neikvæðar tilfinningar gagnvart einstaklingi með þunglyndiseinkenni er sú tilhneiging veikari á Íslandi en í bæði Þýskalandi og Bandaríkjunum. Svipaða sögu er að segja af ógn (líkan 4) en á Íslandi kalla þunglyndiseinkenni síður á þá hugmynd að einstaklingurinn sé hættulegur en í hinum löndunum tveimur. Loks sýna niðurstöður fyrir félagslega fjarlægð (líkan 3) marktækan mun á Íslandi og Bandaríkjunum; þunglyndiseinkenni kalla á meiri félagslega fjarlægð í síðarnefnda landinu (í viðauka 3 má finna hlutfallsleg svör þátttakenda í hverju landi við einstaka fullyrðingum).



**Mynd 3.** Áhrif þess á ógn að telja þunglyndisástandið stafa af sjúkdómi í heila: Myndin sýnir líkindi þess að svarandi telji að einstaklingur með þunglyndiseinkenni sé líklegur til að beita ofbeldi (stjórnbreitur fá meðalgildi í útreikningum).

## Umræða

Félagsfræðingar hafa lengi vakið athygli á því að neikvæðar staðalmyndir af einstaklingum sem glíma við geðræn vandamál hafa verulega útbreiðslu meðal almennings. Dæmi um slíka staðalmynd er sú hugmynd að einstaklingar sem eiga við tiltekin geðræn vandamál að stríða séu hættulegir öðru fólki. Menningarleg tilvist svona hugmynda skerðir lífsgæði þeirra einstaklinga sem þjást af geðrænum vandamálum með margvíslegum hætti, til dæmis með því að ýta undir félagslega einangrun þessa hóps (Link o.fl., 1989). Rannsókn okkar á viðhorfum almennings í þremur löndum, Íslandi, Þýskalandi og Bandaríkjunum, staðfestir umtalsverða útbreiðslu fordóma gagnvart einstaklingum með geðræn vandamál. Fólk í þessum löndum er mun líklegra til þess að hafa fordóma og neikvæðar tilfinningar í garð einstaklinga sem eiga við geðræn vandamál að stríða en þeirra sem glíma við líkamlegt vandamál sem ekki er ástæða til að ætla að tengist neikvæðum staðalmyndum (astma). Enn fremur styður það ytra réttmæti rannsóknarinnar að þessar niðurstöður koma fram fyrir ólíkar mælingar á neikvæðum viðhorfum.

Rannsókn okkar bendir til þess að læknisfræðilegar skýringar á geðrænum vandamálum dragi ekki úr smán og fordómum gagnvart þeim sem eiga við slík vandamál að stríða. Þvert á móti sýna niðurstöður okkar að svarendur sem telja tiltekið ástand vera „geðsjúkdóm“ eða „sjúkdóm í heila“ eru líklegri en aðrir til að hafa fordóma gagnvart viðkomandi einstaklingi. Líkt og fyrri rannsóknir (Angermeyer og Matschinger, 2005; Phelan, 2005; Schnittker, 2008) bendir rannsókn okkar til þess að sú leið að sannfæra almenning um að líta á geðræn vandamál sem sjúkdóm og læknisfræðilegt viðfangsefni muni líklega ekki draga úr neikvæðum viðhorfum gagnvart þeim sem eiga við slík vandamál að stríða. Samanburður á milli landa er sérstaklega áhugaverður í þessu sambandi. Læknisfræðilega sjónarhornið virðist hafa einna minnst áhrif á neikvæð viðhorf á Íslandi. Í Bandaríkjunum koma fram neikvæðustu viðhorfin ef svarendur skilgreina ástandið sem geðsjúkdóm en í Þýskalandi mótast neikvæð viðhorf einna mest af þeirri hugmynd að ástandið stafi af sjúkdómi í heila. Þessar niðurstöður sýna mikilvægi þess að skoða ólíkar læknisfræðilegar skýringar og ættu rannsóknir í framtíðinni að skoða þetta nánar.

Rannsókn okkar leiðir í ljós verulegan mun á milli landa hvað varðar útbreiðslu fordóma og neikvæðra hugmynda um geðræn vandamál. Niðurstöðurnar benda til þess að fordómar og neikvæð viðhorf gagnvart fólki sem stríðir við geðræn vandamál hafi mun meiri útbreiðslu í bandarísku samfélagi en í því íslenska og þýska. Fjölmíðlaumræða gæti skýrt þennan mun að hluta, en rannsóknir gefa til kynna að dagblöð í Bandaríkjunum fjalla meira en dagblöð á Íslandi og í Þýskalandi um þá hættu sem almenningi stafar af einstaklingum með geðræn vandamál (Sigrún Ólafsdóttir, 2010). Vera má að slík umræða kyndi undir fordóma og neikvæðar tilfinningar, þótt það sé að sjálfsögðu rétt að hafa það í huga að fjölmíðlar hafa ríka tilhneigingu til þess að endurspegla þau viðhorf sem ríkjandi eru í samfélaginu á hverjum tíma. Velta má fyrir sér hvort sú umræða sem hófst í íslensku samfélagi í kringum árið 2000 þar sem lögð var áhersla á að draga úr fordómum gagnvart geðrænum vandamálum hafi skilað sér í jákvæðari viðhorfum á Íslandi. Engin leið er þó að segja til um það hvernig fordómar hafa þróast á undanförunum árum þar sem rannsókn af því tagi sem hér hefur verið kynnt hefur ekki verið framkvæmd áður hérlendis.

Rannsókn okkar hefur ákveðnar takmarkanir. Í fyrsta lagi höfum við aðeins borið

saman þrjú lönd, en samanburður einmitt þessara þriggja landa hefur þó gert okkur kleift að velta því upp hvernig fjölmiðlaumræða í þessum löndum tengist viðhorfum almennings. Í öðru lagi höfum við skoðað viðhorf almennings í tengslum við aðeins tvenns konar geðræn vandamál. Vera má að niðurstöðurnar væru aðrar ef skoðuð væru önnur vandamál, en það styður þó ytra réttmæti niðurstaðna okkar að þær eru að miklu leyti sambærilegar við niðurstöður fyrri rannsókna sem skoðað hafa fleiri tegundir geðrænna vandamála og aðra samanburðahópa en þá sem þjást af astma (Martin o.fl., 2000). Enn fremur ber að hafa það í huga að þunglyndi er afar útbreitt geðrænt vandamál í þróuðum iðnríkjum og geðklofi með þeim alvarlegri.

Loks hafa persónulýsingarnar ákveðnar takmarkanir í för með sér, jafnvel þótt margir rannsakendur telji þessa aðferð vera góða leið til að mæla viðhorf almennings til smánaðra hópa (Pescosolido o.fl., 2010). Ljóst er lýsingarnar fela í sér einkenni sem búast má við að kalli á neikvæð viðbrögð hjá svarendum, sem séu þá í einhverjum skilningi að bregðast „rétt“ við neikvæðri hegðun frekar en að sýna fordóma. Til dæmis er viðbúið að svarandi telji að erfitt væri að tala við einstakling sem „heyrir raddir“. Þetta er að nokkru leyti réttmæt gagnrýni, en á hinn bóginn er ljóst að persónulýsingarnar fela í sér fæst af þeim atriðum sem svarendur eru spurðir um. Til að mynda fela persónulýsingarnar ekki í sér staðhæfingar um að viðkomandi sé hættulegur eða óútreiknanlegur. Í þessu sambandi sýnir samanburðurinn á milli landa fram á verulegan mun á viðhorfum almennings í löndunum þremur. Þótt persónulýsingarnar minnst ekkert á hættu sem gæti stafað af einstaklingnum eru svarendur í Bandaríkjunum um fimm sinnum líklegri en svarendur á Íslandi til að telja einstaklinginn með geðklofaeinkenni vera hættulegan. Svona niðurstöður gefa mikilvægar vísbendingar um þann veruleika sem mætir þeim sem þjást af geðrænum vandamálum í löndunum tveimur og gefa til kynna misjafnt umfang fordóma.

Þau viðhorf sem mæta einstaklingum sem eiga við geðræn vandamál að stríða hafa mikil áhrif á lífsgæði þeirra. Mikilvægt er að umræða um geðræn vandamál ali ekki á fordómum og neikvæðum viðhorfum gagnvart þessum einstaklingum. Sá munur sem fram kemur milli landa á viðhorfum almennings sýnir okkur að útbreiddir fordómar gagnvart þessum hópi eru ef til vill ekki óumflýjanlegir.

## Heimildir

- Allison, Paul D. (2009). "Missing Data." Bls. 72-89 í *The SAGE Handbook of Quantitative Methods in Psychology*, ritstýrt af R. E. Millsap og A. Maydeu-Olivares. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Angermeyer, Matthias C. og S. Dietrich. (2006). "Public Beliefs about and Attitudes towards People with Mental Illness: A Review of Population Studies." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 163-79.
- Angermeyer, Matthias C. og Herbert Matschinger. (1994). "Lay Beliefs about Schizophrenic Disorder: The Results of a Population Survey in Germany." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 39-45.
- . (1996). "The Effect of Violent Attacks by Schizophrenic Persons on the Attitude of the Public towards the Mentally Ill." *Social Science and Medicine*, 43, 1721-28.
- . (2005). "Causal Beliefs and Attitudes to People With Schizophrenia: Trend analysis based



- on data from two population surveys in Germany." *The British Journal of Psychiatry*, 186, 331-34.
- Bag, B., S. Yilmaz og I. Kirpınar. (2006). "Factors Influencing Social Distance from People with Schizophrenia." *International Journal of Clinical Practice*, 60, 289-94.
- Bhugra, D. (1989). "Attitudes towards Mental Illness." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 1-12.
- Causey, Kelly A. og Candan Duran-Aydintug. (1998). "Tendency to Stigmatize Lesbian Mothers in Custody Cases." *Journal of Divorce & Remarriage*, 28, 171-82.
- Cohen, E. G. (1982). "Expectation States and Interracial Interaction in School Settings." *Annual Review of Sociology*, 8, 209-35.
- Collins, Francis S. og Monique K. Mansoura. (2001). "The Human Genome Project Revealing the Shared Inheritance of All Humankind." *Cancer*, 91, 221-5.
- Collins, Francis S., Ari Patrinos, Elke Jordan, Aravinda Chakravarti, Raymond Gesteland, LeRoy Walters o.fl. (1998). "New Goals for the U.S. Human Genome Project: 1998-2003." *Science*, 282, 682-9.
- Conrad, Peter og Joseph W. Schneider. (1992). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Cumming, Elaine og John Cumming. (1957). *Closed Ranks: An Experiment in Mental Health Education*. Cambridge, MA: The Commonwealth Fund, Harvard University Press.
- Devine, Patricia G., E. Ashby Plant og Kristen Harrison. (1999). "The Problem of us versus them and AIDS Stigma." *American Behavioral Scientist*, 42, 1212-28.
- Diefenbach, Donald L. (1997). "The Portrayal of Mental Illness on Prime-Time Television." *Journal of Community Psychology*, 25, 289-302.
- Estroff, Sue E. (1981). *Making it Crazy: An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. Berkeley, CA: University of California Press.
- . (1989). "Self, Identity, and Subjective Experiences of Schizophrenia: In Search of the Subject." *Schizophrenia Bulletin*, 15, 189-96.
- Fife, Betsy L. og Eric R. Wright. (2000). "The Dimensionality of Stigma: A Comparison of Its Impact on the Self of Persons with HIV/AIDS and Cancer." *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 50-67.
- Fosu, Gabriel B. (1995). "Women's Orientation toward Help-Seeking for Mental Disorders." *Social Science and Medicine*, 40, 1029-40.
- Foucault, Michel. (1965). *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. New York, NY: Pantheon Books.
- Fullilove, Mindy T. (1998). "Abandoning Race as a Variable in Public Health Research: An Idea whose Time has Come." *American Journal of Public Health*, 88, 1297-8.
- Goffman, Erving. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City, NY: Anchor Books.
- Gould, Stephen J. (1981). *The Mismeasure of Man*. New York, NY: Norton.
- Gove, Walter R. (1980). "Labeling and Mental Illness: A Critique." Bls. 53-109 í *Labeling Deviant Behavior*, ritstýrt af W. R. Gove. Beverly Hills, CA: Sage.
- Jón Gunnar Bernburg og Marvin D. Krohn. (2003). "Labeling, Life Changes, and Adult Crime: The Direct and Indirect Effects of Official Intervention in Adolescence on Crime in Early Adulthood." *Criminology*, 41, 1287-1318.

- Katsching, H. (2000). "Schizophrenia and the Quality of Life." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 33-37.
- Kirk, Stuart A. og Herb Kutchins. (1992). *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry*. New York, NY: Aldine de Gruyter.
- Lauber, Christoph, Carlos Nordt, Luis Facato og Wulf Rössler. (2004). "Factors Influencing Social Distance toward People with Mental Illness." *Community Mental Health Journal*, 40, 265-74.
- Link, Bruce G., Francis T. Cullen, Elmer Struening, Patrick Shrout og Bruce P. Dohrenwend. (1989). "A Modified Labeling Theory Approach in the Area of Mental Disorders: An Empirical Assessment." *American Sociological Review*, 54, 400-23.
- Link, Bruce G. og Jo C. Phelan. (2001). "Conceptualizing Stigma." *Annual Review of Sociology*, 27, 363-85.
- Link, Bruce G., Jo C. Phelan, Michaeline Bresnahan, Ann Stueve og Bernice A. Pescosolido. (1999). "Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance." *American Journal of Public Health*, 89, 1328-33.
- Markowitz, Fred E. (2001). "Modeling Processes in Recovery from Mental Illness: Relationships between Symptoms, Life Satisfaction, and Self-Concept." *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 64-79.
- Martin, Jack K., Bernice A. Pescosolido, Sigrún Ólafsdóttir og Jane D. McLeod. (2007). "The Construction of Fear: Americans' Preferences for Social Distance from Children and Adolescents with Mental Health Problems." *Journal of Health and Social Behavior*, 48, 50-67.
- Martin, Jack K., Bernice A. Pescosolido og Steven A. Tuch. (2000). "Of Fear and Loathing: The Role of 'Disturbing Behavior', Labels, and Causal Attributions in Shaping Public Attitudes Toward Persons with Mental Illness." *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 208-23.
- Mehta N., A. Kassam, M. Leese, G. Butler og G. Thornicroft. (2009). "Public Attitudes toward People with Mental Illness in England and Scotland, 1994-2003." *British Journal of Psychiatry*, 194, 278-84.
- Morone, James A. (1997). "Enemies of the People: The Moral Dimension to Public Health." *Journal of Health Politics Policy and Law*, 22, 993-1020.
- Page, R. M. (1984). *Stigma*. London: Routledge & Keegan Paul.
- Pescosolido, Bernice A., Peter S. Jensen, Jack K. Martin, Brea L. Perry, Sigrún Ólafsdóttir og Danielle Fettes. (2008). "Public Knowledge and Assessment of Child Mental Health Problems: Findings from the National Stigma Study-Children." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 339-49.
- Pescosolido, Bernice A., Jack K. Martin, J. Scott Long, Tait R. Medina, Jo C. Phelan og Bruce G. Link. (2010). "A Disease Like Any Other"? A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression, and Alcohol Dependence." *American Journal of Psychiatry*, AJP in Advance, 1-10.
- Pescosolido, Bernice A., Jack K. Martin, Annie Lang og Sigrún Ólafsdóttir. (2008). "Rethinking Theoretical Approaches to Stigma: A Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS)." *Social Science and Medicine*, 67, 431-40.
- Phelan, Jo C. (2005). "Geneticization of Deviant Behavior and Consequences for Stigma: The

- Case of Mental Illness." *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 307-22.
- Phelan, Jo C., Bruce G. Link, Ann Stueve og Bernice A. Pescosolido. (2000). "Public Conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996: What is Mental Illness and is it to be Feared?" *Journal of Health & Social Behavior*, 41, 188-207.
- Scheff, Thomas J. (1966). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago, IL: Aldine Publishing Company.
- Schnittker, Jason. (2000). "Gender and Reactions to Psychological Problems: An Examination of Social Tolerance and Perceived Dangerousness." *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 224-40.
- . (2008). "An Uncertain Revolution: Why the Rise of a Genetic Model of Mental Illness has not Increased Tolerance." *Social Science and Medicine*, 67, 1370-81.
- Schulze, Beate og Matthias C. Angermeyer. (2002). Subjective Experiences of Stigma. A Focus Group Study of Schizophrenic Patients, their Relatives and Mental Health Professionals. *Social Science & Medicine*, 56, 299-312.
- Shostak, Sara, Peter Conrad og Allan V. Horwitz. (2008). "Sequencing and Its Consequences: Path Dependence and the Relationships between Genetics and Medicalization." *American Journal of Sociology*, 114, S287-S316.
- Signorielli, Nancy. (1989). "The Stigma of Mental Illness on Television." *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 33, 325-31.
- Sigrún Ólafsdóttir. (2007). "Medicalizing Mental Health: A Comparative View of the Public, Private, and Professional Construction of Mental Illness." Sociology, Indiana University, Bloomington, IN.
- . (2010). "Medicalization and Mental Health: The Critique of Medical Expansion and a Consideration of how Markets, National States, and Citizens Matter." Bls. 239-260 í *The Sage Handbook of Mental Health and Illness*, ritstýrt af D. Pilgrim, A. Rogers and B.A. Pescosolido. London: Sage Publications.
- Sigrún Ólafsdóttir og Bernice A. Pescosolido. (2009). "Drawing the Line: The Cultural Cartography of Utilization Recommendations for Mental Health Problems." *Journal of Health and Social Behavior*, 50, 228-44.
- Starr, Shirley A. (1955). *The Public's Ideas about Mental Illness*. Chicago, IL: National Opinion Center.
- Szasz, Thomas S. (1974). *The Myth of Mental Illness: Foundation of a Theory of Personal Conduct*. New York, NY: Harper and Row Publishers.
- Thoits, Peggy A. (1985). "Self-Labeling Processes in Mental Illness: The Role of Emotional Deviance." *American Journal of Sociology*, 91, 221-49.
- Wahl, Otto F. (1999). "Mental Health Consumers' Experience of Stigma." *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467-78.

## **Þakkarorð**

Við þökkum ritrýnum fyrir ganglegar ábendingar. Rannsóknin var styrkt af NIH Rannsóknarstyrk #R01 TW06374 sem var fjármagnaður af the Fogarty International Center og the National Institute of Mental Health. Rannsóknin var einnig styrkt af Indiana University College of Arts & Sciences. Íslenski hluti verkefnisins var styrktur af Rannsóknarmiðstöð Íslands og af Rannsóknarsjóði Háskóla Íslands.

## Um höfunda

Sigrún Ólafsdóttir ([sigrun@bu.edu](mailto:sigrun@bu.edu)) lauk Ph.D. prófi í félagsfræði frá Indiana háskóla árið 2007, M.A. prófi í félagsfræði frá Indiana háskóla árið 2002 og B.A. prófi í félagsfræði frá Háskóla Íslands árið 1998. Hún starfar nú sem lektor við Boston háskóla. Helstu rannsóknarsvið Sigrúnar eru heilsufélagsfræði, geðheilsufélagsfræði, stjórnmálafélagsfræði og samanburðarrannsóknir.

Jón Gunnar Bernburg ([bernburg@hi.is](mailto:bernburg@hi.is)) lauk Ph.D. prófi í félagsfræði frá háskóla New York ríkis árið 2002 og BA prófi í félagsfræði frá Háskóla Íslands árið 1996. Hann er nú prófessor í félagsfræði við Félags- og mannvísindadeild Háskóla Íslands. Helstu rannsóknarsvið Jóns Gunnars eru félagsleg lagskipting, frávik og afbrot og unglingsárin.

## VIÐAUKI 1

### Persónulýsing: Þunglyndi

[Jón/Anna/Somsag/Jantra] er [íslenskur/íslensk/tælensk/tælenskur], [karlmaður/kona]. Undanfarnar vikur hefur [NAFN] verið mjög niðurdregin/n. Hann/hún vaknar dapur/döpur og með íþyngjandi tilfinningu sem fylgir honum/henni allan daginn. Hann/hún hefur ekki lengur ánægju af því sem áður gladdi hann/hana. Í raun er ekkert sem færir honum/henni ánægju. Jafnvel þegar ánægjulegir atburðir gerast virðist það ekki gleðja [NAFN]. Meira að segja smávægilegustu verkefni eru honum/henni erfið. Hann/hún á erfitt með að einbeita sér. Hann/hún er orkulaus og getur ekki gert hluti sem hann/hún er vanur/vön að gera. Jafnvel þótt [NAFN] sé þreyttur/þreytt á hann/hún erfitt með að sofa á næturnar. [NAFN] finnst hann/hún vera einskis verður/verð, á erfitt með að koma einhverju í verk og hann/hún er með samviskubit. Fjölskylda [NAFN] hefur tekið eftir því að hann/hún hefur litla matarlyst og hefur lést. Hann/hún hefur fjarlægst þau og vill ekki ræða málin.

### Persónulýsing: Geðklofi

[Jón/Anna/Somsag/Jantra] er [íslenskur/íslensk/tælensk/tælenskur], [karlmaður/kona]. Lífið gekk sinn vanagang hjá [NAFN] þar til fyrir ári síðan. En þá tóku hlutirnir að breytast. Honum/henni fannst fólk vera á móti sér og baktala hann/hana. [NAFN] var sannfærð/ur um að verið væri að njósna um hann/hana og að fólk heyrði hvað hann/hún hugsaði. [NAFN] missti löngun til þess að fara í vinnuna og vera með fjölskyldunni og lokaði sig af heima hjá sér og endaði á því að vera mjög mikið einn/ein heima hjá sér. [NAFN] varð svo upptekin af hugsunum sínum að hann/hún sleppti úr máltíðum og hætti að baða sig reglulega. Á nóttunni, þegar annað fólk svaf, gekk hann/hún um gólf heima hjá sér. [NAFN] heyrði raddir þó enginn annar væri nálægur. Raddirnar sögðu honum/henni hvað hann/hún ætti að gera og hugsa. Þetta ástand hefur nú varað í sex mánuði.

### Persónulýsing C: Astmi (samanburðarhópur)

[Jón/Anna/Somsag/Jantra] er [íslenskur/íslensk/tælensk/tælenskur], [karlmaður/kona]. [NAFN] hefur lengi átt við öndunarerfiðleika að stríða. [NAFN] fær oft hóstakast á næturnar

og sefur ekki mjög vel. Fjölskylda hans/hennar og vinir hafa tekið eftir að þessi vandamál hans/hennar versna á álagstímum, á vorin og á haustin og einnig við líkamlega áreynslu. [NAFN] fannst gaman að iðka sund áður fyrr en hætti því nýlega vegna þessara vandamála. [NAFN] líður illa yfir öndunarerfiðleikum sínum, sem virðast sífellt versna og hann/hún vildi helst óska þess að geta verið „eins og allir aðrir“. [NAFN] tekur virkan þátt í ýmsu tómstunda- og félagsstarfi með vinum.

## Viðauki II

Tafla V2.1. Aðhvarfsgreining fyrir hefðbundna fordóma

	Ísland	Þýskaland	Bandaríkin
<i>Greining ástands</i>			
Punglyndi	,76** (4,63)	,89** (4,38)	,95** (6,65)
Geðklofi	1,04** (6,02)	1,08** (5,22)	1,62** (1,09)
<i>Bakgrunnseinkenni persónulýsinga</i>			
Kona	-,01 (,12)	-,39** (2,63)	,29** (3,02)
Minnihlutahópur	-,17 (1,51)	,37* (2,53)	-,00 (,00)
<i>Bakgrunnseinkenni svaranda</i>			
Aldur	,01 (1,83)	-,01 (1,06)	,01** (4,62)
Kona	-,26* (2,21)	-,48** (3,03)	-,11 (1,09)
Gift/ur	-,11 (,86)	-,23 (1,54)	,34** (3,53)
Háskólapróf	-,66** (4,94)	-,32 (1,69)	-,32** (2,91)
Í fullu starfi	-,06 (,47)	,41* (2,25)	-,02 (,17)
Í hlutastarfi	-,03 (,13)	,24 (1,02)	-,36* (2,05)
<i>Einkenni "ástands"</i>			
Geðsjúkdómur	,46** (5,86)	,15 (1,63)	,46** (6,48)
Sjúkdómur í heila	,15 (1,94)	,56** (6,51)	,14* (1,98)
Genetískt vandamál	,05 (,69)	,04 (,40)	-,11 (1,53)
Fasti	2,18	1,97	1,56
R <sup>2</sup>	,28	,18	,34

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01 (tvíhliðapróf)

Tafla V2.2. Aðhvarfsgreining fyrir neikvæðar tilfinningar

	Ísland	Þýskaland	Bandaríkin
<i>Greining ástands</i>			
Punglyndi	,36* (2,39)	,88** (5,26)	,79** (6,43)
Geðklofi	,73** (4,62)	,85** (4,94)	1,32** (9,50)
<i>Bakgrunnseinkenni persónulýsingu</i>			
Kona	-,09 (,87)	-,48** (3,94)	,15 (1,89)
Minnihlutahópur	-,05 (,44)	,30* (2,46)	-,19* (2,27)
<i>Bakgrunnseinkenni svaramála</i>			
Aldur	,02** (4,43)	-,00 (,97)	,02** (6,05)
Kona	-,25* (2,30)	-,37** (2,78)	-,20* (2,41)
Gift/ur	-,08 (,74)	,01 (,11)	,18* (2,20)
Háskólapróf	-,54** (4,49)	-,16 (1,02)	-,23* (2,44)
Í fullu starfi	-,09 (,71)	,00 (,01)	,08 (,77)
Í hlutastarfi	-,14 (,80)	-,02 (,11)	,00 (,03)
<i>Einkenni "ástands"</i>			
Geðsjúkdómur	,23** (3,29)	,16* (2,14)	,36** (5,85)
Sjúkdómur í heila	,16* (2,36)	,37** (5,20)	,08 (1,26)
Genetískt vandamál	,10 (1,38)	-,01 (,08)	-,03 (,45)
Fasti	,99	1,33	,75
R <sup>2</sup>	,19	,15	,30

\* p &lt; 0,05; \*\* p &lt; 0,01 (tvíhliðapróf)

**Tafla V2.3. Aðhvarfsgreining fyrir félagslega fjarlægð**

	Ísland	Þýskaland	Bandaríkin
<i>Greining ástands</i>			
Punglyndi	,82* (2,32)	1,34** (3,72)	1,93** (6,58)
Geðklofi	1,81** (4,82)	2,39** (6,50)	3,51** (1,58)
<i>Bakgrunnseinkenni persónulýsingu</i>			
Kona	-1,00** (4,03)	-,98** (3,76)	,38* (1,98)
Minnihlutahópur	-,05 (,19)	1,21** (4,66)	-,84** (4,38)
<i>Bakgrunnseinkenni svaramála</i>			
Aldur	,03** (3,07)	,02 (1,76)	,03** (4,51)
Kona	-,74** (2,89)	-,86** (3,11)	-,34 (1,73)
Gift/ur	-,52 (1,92)	-,51 (1,91)	,06 (,29)
Háskólapróf	-,60* (2,07)	-,36 (1,10)	,04 (,18)
Í fullu starfi	,05 (,16)	,31 (,99)	,25 (1,11)
Í hlutastarfi	-,11 (,26)	-,19 (,45)	,10 (,28)
<i>Einkenni "ástands"</i>			
Geðsjúkdómur	,80** (4,74)	,54** (3,46)	,81** (5,52)
Sjúkdómur í heila	,39* (2,36)	,89** (5,82)	,08 (,56)
Genetískt vandamál	-,24 (1,45)	-,08 (,48)	-,32* (2,20)
Fasti	3,81	1,66	3,30
R <sup>2</sup>	,23	,22	,30

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$  (tvíhliðapróf)



Tafla V2.4. Raðbreytuaðhvarf fyrir ógn

	Ísland	Þýskaland	Bandaríkin
<i>Greining ástands</i>			
Punglyndi	1,24 (1,05)	2,06** (4,22)	2,66** (5,71)
Geðklofi	2,87** (4,76)	2,52** (5,32)	7,04** (9,78)
<i>Bakgrunnseinkenni persónulýsingu</i>			
Kona	,57** (3,81)	,59** (4,25)	1,02 (,20)
Minnihlutaþópur	,88 (,84)	1,69** (4,23)	,69** (3,33)
<i>Bakgrunnseinkenni svaranda</i>			
Aldur	,99 (1,94)	,99* (2,54)	1,01 (1,30)
Kona	,82 (1,29)	,688** (2,87)	,90 (,95)
Gift/ur	,83 (1,20)	1,15 (1,11)	1,12 (1,01)
Háskólapróf	,44** (4,75)	,66** (2,64)	,56** (4,47)
Í fullu starfi	1,00 (,03)	1,12 (,74)	,83 (1,41)
Í hlutastarfi	1,24 (,87)	1,49* (2,03)	,64* (2,19)
<i>Einkenni "ástands"</i>			
Geðsjúkdómur	1,38** (3,25)	1,33** (3,75)	1,60** (5,41)
Sjúkdómur í heila	1,38** (3,31)	1,78** (7,82)	1,23* (2,49)
Genetískt vandamál	1,01 (,09)	1,00 (,06)	1,10 (1,17)
Skurður-1	,22	1,18	,98
Skurður-2	3,52	3,88	3,80
Skurður-3	5,47	5,80	6,25

## Viðauki III

**Tafla V3.** Hundraðshlutfall svarenda sem eru mjög eða frekar sammála fullyrðingum sem endurspeglar neikvætt viðhorf

	<u>Punglyndi</u>			<u>Geðklofi</u>		
	Ísland	Þýskaland	Bandaríkin	Ísland	Þýskaland	Bandaríkin
<i>Hefðbundnir fordómar</i>						
Óútreiknanleg/ur	41	29	53	65	38	83
Ekki eins gáfuð/aður	1	9	7	3	15	10
Ekki eins dugleg/ur	55	45	42	43	53	49
Ekki hægt að treysta	29	26	20	44	33	43
<i>Neikvæðar tilfinningar</i>						
Óþægilegt að umgangast	8	21	16	16	26	34
Erfitt að tala við	48	34	48	51	37	58
Órótt að umgangast	8	24	19	18	31	40
<i>Félagsleg fjarlægð</i>						
Ekki vera nágranni	9	8	15	20	20	31
Ekki eyða tíma með	28	19	21	39	33	38
Ekki hugsa um börn	74	64	87	89	78	94
Ekki vera vinur/vinkona	20	24	15	25	37	26
Ekki vinna með	34	25	36	41	31	52
Ekki giftast inn í fjölskyldu	39	43	60	50	55	76
<i>Ógn/hætta</i>						
Ógn við aðra	8	19	29	19	23	62

*Skýring:* Skyggðu svæðin í töflunni segja til um niðurstöður úr t-marktæktarprófum fyrir mun á hlutföllum landanna. Ljósskyggt svæði merkir að marktækur munur er á hlutfallstölu Bandaríkjanna og Íslands ( $p < 0,05$ ; tvíhliðapróf). Dökkskyggt svæði merkir að marktækur munur er á hlutfallstölu Bandaríkjanna og hlutfallstölu beggja hinna landanna. Afmarkaður reitur merkir að marktækur munur er á hlutfallstölu Íslands og Þýskalands.